FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1920

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Marcel FERRAND

LE MOMENT DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE

DANS LES

KYSTES DE L'OVAIRE

COMPLIQUANT

LES SUITES DE COUCHES

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur.*

PARIS
VIGOT FRERES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
—
1920

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER — ASSESSEUR M. POUCHET

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BESANCON
Carasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Bathologie et Thérapeutique générales	N.
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, QUENU, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	A. ROBIN
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBILEAU.

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBE (Henri)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECENE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUILLAIN	LERI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Médecine de Paris.

A Monsieur le Docteur CATHALA

Médecin accoucheur des Hôpitaux de Paris.

Qui nous a inspiré ce travail et prodigué ses conseils.

A MES MAITRES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ET DANS LES HOPITAUX

INTRODUCTION

Il est généralement admis que les tumeurs ovariennes prédisposent à la stérilité. Elles ne sont point cependant un obstacle absolu à la fécondation et l'on a pu voir des femmes atteintes de kystes de l'ovaire doubles, devenir enceintes.

Chez ces malades, l'évolution de la grossesse pourra se faire de façon très normale, et dans nombre de cas, l'existence de la tumeur ne sera même pas soupçonnée.

Toutefois, telle n'est pas la règle; il faut s'attendre le plus souvent à voir surgir de nombreuses complications à tous les stades de l'état puerpéral. Entre le kyste, d'une part, et l'utérus gravide d'autre part, il y a échange de mauvais procédés : la tumeur peut prédisposer à l'avortement ou à l'accouchement prématuré; au moment de l'accouchement, sa présence peut devenir la cause d'une dystocie grave pour la mère et pour l'enfant.

Enfin, pendant le post-partum, le danger n'a pas disparu : la femme reste sous la menace de graves accidents :

Les statistiques sont éloquentes : d'après Marshall,

des complications se produisent dans 58 p. 100 des cas ; Puech et Vanverts, qui ont dépouillé 346 observations, arrivent à une proportion moins forte : 37,5 p .100. Même en ne considérant que ce dernier chiffre, le pronostic du post-partum doit être encore très réservé.

Quelles sont donc les complications qui peuvent survenir et que faudra-t-il faire pour les éviter ?

Dans ce travail, nous étudierons d'abord l'influence néfaste des suites de couches sur le kyste.

Ensuite nous verrons que si l'ovariotomie est le traitement admis par tous les gynécologues, le moment opportun de son exécution n'est pas le même pour tous.

Nous essayerons de montrer les avantages d'une intervention précoce permettant d'opérer avant l'apparition des accidents.

Pour terminer, nous rapporterons quelques observations d'ovariotomies effectuées avec le plus grand succès dans les premiers jours des suites de couches.

CHAPITRE I

LES ACCIDENTS QUI SURVIENNENT AU COURS DES SUITES DE COUCHES

1° **Augmentation du volume du kyste.** — L'accroissement rapide de la tumeur a été observé : c'est ce que nous pouvons enregistrer, entre autres, dans une observation de M. Cathala que nous publions et dans un cas rapporté par Condamin dans le *Lyon Médical* en 1894 : dix jours après l'accouchement, la malade présentait avec des phénomènes douloureux du côté de son crural, une distension de l'abdomen telle, que son volume était redevenu le même qu'au moment de l'accouchement.

Nous signalerons enfin que l'accroissement de volume de la tumeur peut être causé par la torsion du pédicule, accident que nous allons à présent étudier.

2° **Torsion du pédicule.** — C'est la complication la plus fréquente des suites de couches. Il faut la

redouter dans tous les cas : elle survient en effet, aussi bien après un avortement qu'après un accouchement à terme, aussi bien après un accouchement facile, qu'après un accouchement difficile.

L'influence du post-partum sur la production de la torsion du pédicule est indéniable : tandis que nous la rencontrons en dehors de cet état, dans 8 p. 100 des cas, cette proportion monte à 22 p. 100 pendant les suites de couches (Treub).

Sur 129 observations, Puech et Vanverts la signalent 52 fois.

Pourquoi le post-partum est-il le moment de choix pour l'apparition de cette redoutable complication? C'est, qu'après l'accouchement, tout contribue à donner au kyste une très grande mobilité : la déplétion brusque de l'utérus gravide, son involution dans les jours qui suivent, facilitent son déplacement dans la cavité abdominale. La paroi abdominale relâchée, ne le maintient plus que d'une façon insuffisante; si nous ajoutons que pendant la grossesse, son pédicule s'est allongé, aminci, il sera facile de voir que la tumeur ovarienne est toute préparée à basculer sur son axe. A ce moment, un simple mouvement de la malade, — par exemple lorsqu'elle se lève pour la première fois — suffira pour provoquer ou compléter la torsion du pédicule.

Plusieurs tours de spire ne sont d'ailleurs pas nécessaires pour occasionner des accidents très graves : on a vu la mort survenir, avec une torsion d'un tour ou même d'un demi-tour.

Bien que Spencer ait pu enlever longtemps après

l'accouchement un kyste tordu sur son axe, sans qu'il se soit produit d'accidents, l'étranglement d'une tumeur de l'ovaire est une très grave complication. On le retrouve dans la pathogénie de tous les autres accidents des kystes, et chaque fois que l'on se trouve en présence de la torsion du pédicule, il faut s'attendre à voir apparaître les plus sévères complications.

3° **Suppuration du kyste.** — Le liquide des kystes de l'ovaire est normalement aseptique, mais au cours du post-partum, les germes infectieux s'y développent avec la plus grande facilité; la tumeur ovarienne, ayant été l'objet de tiraillements et de frottements multiples pendant l'accouchement, devient un centre de moindre résistance. La tendance à la suppuration sera encore plus grande, s'il s'est déjà produit au niveau du kyste une autre complication telle que torsion du pédicule, hémorragie intra-kystique ou réaction péritonéale.

Les microbes partis de la muqueuse et des tissus de l'utérus, parviennent au kyste, par différentes voies. Henricius qui a fait une importante étude de cette question en distingue quatre sortes :

a) Les lymphatiques : L'infection par le ligament large, arrive au hile de l'ovaire et aux parois du kyste.

b) Le péritoine : Les adhérences qui, fréquemment, unissent la tumeur aux organes voisins sont, pour différents auteurs, une voie toute tracée pour les germes infectieux; dans les cas de péritonite pelvienne, l'infection se fait de dehors en dedans par l'enveloppe extérieure du kyste.

c) La trompe de Fallope.

d) Les vaisseaux sanguins : L'infection ayant amené la thrombose des veines du placenta, gagne le ligament large et le pédicule de la tumeur. D'autres fois, les microbes répandus dans le sang, au cours d'une septicémie puerpérale parviennent au kyste de l'ovaire, y trouvent un terrain favorable et s'y développent rapidement.

Signalons enfin le rôle que peut parfois jouer le colibacille venu de l'intestin dans des cas où l'utérus était parfaitement indemne de toute infection.

Quelle que soit sa pathogénie, la suppuration des kystes de l'ovaire est une redoutable complication des suites de couches. On la rencontre dans 41 p. 100 des cas d'après Puech et Vanverts; elle est fatalement mortelle, si l'on n'intervient pas et même lorsque l'opération a pu être pratiquée, la mort survient encore dans 35 p. 100 des observations suivant Mangold.

4° **Apoplexie intra-kystique.** — L'épanchement de sang à l'intérieur d'une tumeur de l'ovaire peut être primitif ou secondaire. Parfois il se produit en l'absence de toute autre lésion : c'est ainsi que Habit (de Vienne), pratiquant l'autopsie d'une femme morte immédiatement après un avortement au sixième mois, trouva une hémorragie intra-kystique, sans qu'il y ait la moindre trace de tout autre accident. Ce sont là des cas exceptionnels; le plus souvent, cette hémorragie est consécutive à une torsion du pédicule. Elle s'explique facilement : sous l'influence d'un étranglement assez peu

serré, les veines du pédicule sont seules comprimées la circulation de retour étant seule gênée, le sang continue à parvenir normalement à la tumeur. Il se produit alors à l'intérieur du kyste une énorme congestion, à la suite de laquelle l'hémorragie se constitue, accompagnée souvent de réaction péritonéale intense. Elle peut être parfois tellement importante, qu'une mort prompte en est la conséquence : c'est ce qui survint, dans deux cas rapportés par Spencer Wells, et dans lesquels, les femmes succombèrent rapidement, au milieu des symptômes de l'hémorragie interne.

5° **Grangrène du kyste**. — Lorsque l'étranglement du kyste est suffisamment intense, les artères sont comprimées, au même titre que les veines; le sang n'arrive que difficilement à la tumeur ou même pas du tout. La nutrition est très défectueuse et le sphacèle apparaît. C'est dire que la gangrène du kyste de l'ovaire est loin d'être exceptionnelle; elle s'observe dans un grand nombre de cas de torsions du pédicule. C'est ainsi que dans le *Journal d'Obstétrique et de Gynécologie de l'Empire Britannique*, 1906, Kynoch, sur trois cas d'ovariotomie post-partum, a trouvé deux fois des plaques de sphacèle sur les parois de la tumeur. A cela se bornent souvent les lésions, et l'on doit considérer comme une exception, l'observation de Lawrence dans laquelle, il s'était produit un sillon d'élimination amenant la rupture totale du pédicule.

6° **Rupture du kyste**. — Elle peut se produire lorsque la tumeur ovarienne, à parois minces et peu

résistantes a subi d'importants traumatismes au moment de l'accouchement.

On en trouve un exemple dans un cas rapporté par H. R. Spencer, à la Société obstétricale de Londres, 1901. Chez une jeune femme de 28 ans, un kyste de l'ovaire se rompit au troisième jour des suites de couches. Elle mourut dans le collapsus avant toute intervention. A l'autopsie, on constata la rupture, sans qu'il y ait aucune autre lésion. Spencer invoque pour la production de cette déchirure le mécanisme que nous avons indiqué : il pense également que l'on doit attribuer un certain rôle, aux modifications causées aux tissus et aux vaisseaux, par l'involution utérine.

Telle n'est cependant pas, la pathogénie habituelle de la rupture des kystes de l'ovaire. Il faut rechercher ailleurs les causes de cette complication : toutes les lésions qui surviennent, favorisent la déchirure de la tumeur : la suppuration, la torsion du pédicule avec toutes ses conséquences, gangrène, hémorragie, augmentation de pression intra-kystique sont à incriminer. De même, il faut faire jouer un rôle important aux adhérences qui unissent la tumeur aux organes voisins; au moment de l'involution utérine, le kyste est tiraillé de tous côtés, sa circulation est gênée; il se produit des lésions de sa paroi et la rupture peut avoir lieu. (Condamin).

Si elle est moins fréquente que la suppuration, ou la torsion du pédicule, la rupture d'un kyste de l'ovaire est une complication grave. Parfois l'ouverture du kyste se fait à l'extérieur, par l'intermédiaire du rectum ou du

vagin ; c'est là, une éventualité heureuse. Mais ces faits sont hélas exceptionnels et presque toujours l'épanchement du liquide se fait dans la cavité péritonéale ; ce liquide étant le plus souvent infecté, la péritonite en est la conséquence.

On s'explique ainsi, le gros danger de la rupture kystique : Puech et Vanverts signalent une terminaison fatale dans 30 p. 100 des cas ; Nepveu arrive à une proportion encore plus forte, puisqu'il a vu la mort survenir 63 fois sur 127 observations.

Cette péritonite n'est pas seulement l'apanage de la rupture. Par sa seule présence, le kyste de l'ovaire peut entraîner, une réaction péritonéale : les adhérences que l'on rencontre presque toujours, ne sont autre chose qu'une péritonite partielle, due aux frottements qui se sont produits entre le kyste et l'utérus gravide. Enfin, dès qu'il se produit une complication quelconque, au niveau de la tumeur ovarienne, le péritoine réagit. C'est ainsi que dans de nombreux cas diagnostiqués péritonite puerpérale, on se trouvait en présence d'une réaction péritonéale secondaire à une lésion suppurative ou gangréneuse, d'un kyste de l'ovaire.

7° **Action du kyste sur le post-partum.** — La tumeur ovarienne est souvent un obstacle à l'évolution normale des suites de couches. L'involution utérine se fait mal. L'utérus est tiraillé, retenu par le kyste, d'autant plus énergiquement que celui-ci est lui-même fixé par des adhérences aux organes abdominaux (le foie dans deux cas de Condamin). De cette gêne résulte

souvent l'inertie utérine et des hémorragies abondantes qui en sont la conséquence peuvent se produire.

D'autre part, la tumeur dévie l'utérus de sa position normale : l'évacuation des lochies se fait mal, ce qui favorise l'apparition de l'infection utérine : la femme est dès lors sous la menace des plus graves accidents.

CHAPITRE II

LA CONDUITE A TENIR. LES OPINIONS

Quelle conclusion devons-nous tirer de l'exposé que nous venons de faire? C'est que le post-partum est une période dangereuse pour une femme atteinte de tumeur ovarienne.

De nombreuses complications peuvent se produire et souvent elles sont mortelles. Les statistiques les plus optimistes, celle de Mc. Kerron et celle de Puech et Vanverts, indiquent encore une mortalité de 12,5 p. 100 pour la première et de 9 p. 100 pour la seconde.

Il est d'ailleurs très difficile d'établir un pronostic ferme au moment de l'accouchement : une tumeur qui n'a donné lieu à aucun symptôme grave pendant la grossesse ou le travail, peut causer les accidents les plus dangereux pendant les suites de couches.

Pour éviter ces redoutables éventualités, les gynécologues proposent l'intervention au cours de la grossesse.

Hurel, dans sa thèse de Lyon, 1899, signalant la gravité du post-partum compliqué de kyste de l'ovaire, insiste sur la nécessité de pratiquer l'ovariotomie avant l'accouchement. Il n'est cependant pas toujours possible de faire ainsi; on peut se trouver en présence d'une femme qui ne s'est pas fait examiner au cours de sa grossesse; ou bien chez laquelle la tumeur, quoique reconnue, n'a pas été enlevée pour différentes raisons. Que conviendra-t-il de faire, l'accouchement terminé?

Si la tumeur donne lieu à des accidents, la question est toute résolue : il faut opérer le plus tôt possible; tous les gynécologues sont d'accord, pour proclamer la nécessité d'une intervention rapide. Que l'on soit en présence d'une suppuration du kyste, d'une hémorragie, d'une rupture ou d'une torsion du pédicule, l'expectative n'est pas de mise, et seule une ovariotomie précoce peut sauver la malade.

Mais la question est loin d'être toujours aussi simple, nombreux sont en effet les cas où le kyste de l'ovaire n'est encore le siège d'aucune complication. Dans cette hypothèse, les avis sont partagés.

Les uns préfèrent attendre la fin de la période puerpérale, pour opérer dans les meilleures conditions.

Les autres, désirant débarrasser la femme de sa tumeur si dangereuse, interviennent sans retard.

Chacune de ces deux Écoles a ses arguments, que nous allons à présent examiner.

CHAPITRE III

L'EXPECTATION ARMÉE

Cette méthode de traitement consiste à s'abstenir de toute intervention pendant le post-partum, tout en surveillant attentivement la nouvelle accouchée.

De nombreux auteurs la défendent : Cocard et Teissier dans leurs thèses, insistent pour que l'ovariotomie ne soit pratiquée, qu'au moment où l'involution utérine est terminée. C'est également l'opinion de Kynoch dans un rapport publié dans le *Journal d'Obstétrique et de Gynécologie de l'Empire Britannique*, 1906.

Lawrence et Mangiagalli, tout en reconnaissant la difficulté et le danger des opérations pratiquées au milieu de complications diverses, ne semblent pas conseiller malgré tout une intervention précoce permettant de les éviter.

Condamin qui a publié plusieurs travaux à ce sujet, propose d'attendre un mois avant d'opérer. Treub

demande qu'il soit laissé une quinzaine de jours de repos à la femme avant de tenter une intervention.

Enfin l'abstention pendant le post-partum est la conclusion à laquelle arrivent MM. Puech et Vanverts dans le remarquable rapport qu'ils ont publié au Congrès National d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Lille en 1913.

Ces différents auteurs proposent de laisser la femme au lit, au repos absolu et de lui faire porter une ceinture abdominale pour diminuer le plus possible, la mobilité de la tumeur et par suite les risques de torsion. Ils recommandent en outre une vigilante surveillance de tous les instants, afin de pouvoir dépister les premiers symptômes de complications, et opérer aussitôt.

Pour justifier leur conduite, les partisans de l'expectation, insistent sur l'état de faiblesse de la femme, encore sous l'influence d'un accouchement souvent laborieux. Par dessus tout, ils craignent d'intervenir pendant la période puerpérale qui leur paraît devoir augmenter les risques d'infection.

C'est ainsi que Heiberg, en 1881, contre-indiquait toute intervention pendant les suites de couches. Cet auteur avait réuni 15 cas d'opérations pratiquées dans les huit premières semaines suivant l'accouchement, et la mort était survenue dans dix observations. Par la suite, les progrès de la technique opératoire, de l'asepsie modifièrent ces résultats et cette mortalité énorme de 66 p. 100 n'a jamais été retrouvée dans les statistiques ultérieures.

MM. Puech et Vanverts arrivent à la proportion de 10 p. 100, infiniment plus faible que celle de Heiberg.

Ces derniers chiffres paraissent encore trop élevés aux partisans de l'expectation.

Ils estiment qu'il vaut mieux laisser subsister l tumeur ovarienne avec toutes les complications qu'e peut occasionner, que d'intervenir dans une pé trop rapprochée de l'accouchement.

Donc en résumé, le traitement préconisé auteurs est le suivant : Repos absolu. Interv l'apparition des accidents. S'il ne s'en produit pa attendre pour pratiquer l'ovariotomie, la fin de la période puerpérale.

CHAPITRE IV

L'INTERVENTION PRÉCOCE

Fréquemment, malgré les plus grandes précautions — chez une femme maintenue au repos et surveillée attentivement — une tumeur de l'ovaire entraîne des complications pendant le post-partum. Nous avons signalé la fréquence des suites de couches pathologiques. Nous rappellerons que Marshall a rencontré des accidents 11 fois sur 19 cas et que Puech et Vanverts les signalent encore dans une proportion de 37,5 pour 100. Ce sont ces chiffres impressionnants qui ont amené de nombreux gynécologues à proposer une intervention rapide. De cette façon, on met la femme à l'abri de toutes les complications en supprimant leur cause.

Handfield-Jones qui attribue une grande importance aux adhérences s'établissant au cours du post-partum entre la tumeur et les organes voisins, demande que l'on opère immédiatement. Cette opinion est défendue également par Haultain et Spencer.

Hohl dans les *Archives für Gynäkologie*, 1896, recommande d'intervenir, quand la tumeur a subi des traumatismes importants au cours de l'accouchement, ou lorsqu'elle paraît contenir un liquide favorable à la suppuration.

Flaishlen et Marshall conseillent la laparotomie précoce, lorsque la tumeur a été préalablement ponctionnée.

En 1887, Mc. Kerron était lui aussi partisan d'une méthode éclectique. Il proposait d'intervenir immédiatement quand on avait fait une césarienne ou lorsque le kyste paraissait infecté, quand il avait subi de fortes pressions ou lorsqu'on supposait être en présence d'un kyste dermoïde.

L'abstention lui paraissait être la méthode de choix dans les autres cas. Mais, en 1903, cet auteur ayant été mis à même d'observer de nouveaux faits, a modifié son opinion et s'est rallié au principe de l'intervention précoce, quelles que soient les circonstances.

C'est également la conclusion proposée par M. Cathala (*Semaine Gynécologique* 29 Juillet 1913), au sujet d'une observation de torsion du pédicule, observation que nous rapportons d'autre part.

Nous avons vu que l'ovariotomie post-partum est rejetée par de nombreux auteurs, à cause des dangers qu'elle fait courir à la malade. Mais le pourcentage de mortalité de 10 p. 100 que nous avons rapporté, est-il dû uniquement à ce que l'intervention eut lieu pendant les suites de couches? Certes, nous ne dirons point que cette période doit être choisie de préférence à toute autre, pour pratiquer une opération importante, mais

nous pensons qu'il faut faire quelques réserves sur son influence néfaste.

Souvent, en effet, la terminaison fatale semble due à un retard dans l'intervention. C'est ainsi que dans une observation rapportée par Bouilly dans la *Gynécologie,* 1896, une femme présenta quelques jours après son accouchement des symptômes graves de réaction péritonéale, qui furent attribués à une infection utérine. Pas d'intervention : désinfection de l'utérus, puis devant la persistance des accidents, on pratiqua enfin l'opération, qui fit constater l'existence d'un kyste de l'ovaire suppuré. La terminaison fatale qui eut lieu, ne fut certainement pas due au moment de l'intervention, mais bien à la gravité de l'état de la malade.

Il en est de même dans les cas suivants rapportés par Mc. Kerron dans sa Monographie de Londres, 1903.

Cas de N. Raw. — Il s'agissait d'un kyste rompu pendant le travail. Le placenta était prévia et l'utérus avait été déchiré pendant la version. L'intervention pratiquée immédiatement n'eut aucun succès.

Cas de Jardine. -- On était en présence d'un kyste suppuré pendant la grossesse. Le travail dura quatre jours. La femme fut amenée à l'hôpital, sans qu'il fut possible de conserver aucun espoir. On fit un forceps, puis une ovariotomie, deux heures après. La malade mourut six heures après l'intervention.

Cas de Toth. — Dans cette observation, il s'agissait d'un avortement avec rupture du kyste à six mois. La mort survint malgré l'ovariotomie pratiquée le deuxième jour

Il semble bien que dans ces différents cas, les résultats auraient été aussi mauvais si l'on avait opéré en dehors de la période puerpérale. La terminaison fatale a été due aux circonstances défavorables dans lesquelles l'intervention était entreprise. La mort est survenue, répétons-le, non point parce qu'on se trouvait à une période rapprochée de l'accouchement, mais parce que les complications qui avaient eu le temps d'apparaître avaient rendu l'ovariotomie beaucoup plus dangereuse.

Nous en avons la confirmation dans les statistiques publiées. Les opérations effectuées seulement, lorsque des accidents se sont produits, ont une issue fatale dans 17,5 p. 100 des cas d'après Puech et Vanverts. Nous avons dit, d'autre part, que Mangold, trouvait une mortalité de 35 p. 100, pour les ovariotomies pratiquées dans les suppurations de kystes de l'ovaire.

Par contre, examinons maintenant le résultat des interventions effectuées pendant la période puerpérale, alors que la tumeur n'a donné lieu à aucun accident. Le pronostic est cette fois tout différent. Mc. Kerron, ayant rassemblé 92 observations d'ovariotomies post-partum, constate une terminaison fatale dans treize cas, *mais jamais lorsqu'on était intervenu en l'absence d'accidents.*

MM. Puech et Vauverts trouvent une mortalité de 3 p. 100, et remarquons-le, ce chiffre est dû à une seule intervention suivie de mort : c'est le cas rapporté par Mond, dans les *Münchener Wochenschrift*, 1900; on était en présence d'un énorme kyste dont le diagnostic fut difficilement fait avec un hydramnios. On

ponctionna la tumeur et la femme accoucha d'un enfant mort. L'ovariotomie fut tentée le douzième jour après l'accouchement et ne réussit pas. Seulement nous ferons observer qu'au dixième jour, un accroissement énorme de la tumeur s'était produit : on est alors en droit de se demander si une intervention plus précoce, pratiquée avant l'apparition de cette augmentation de volume, n'aurait pas donné un tout autre résultat.

Quoi qu'il en soit, en opposition avec cette observation de Mond, toutes les autres ovariotomies post-partum pratiquées en l'absence d'accidents, furent suivies de guérison parfaite. Certaines opérations furent cependant effectuées beaucoup plus tôt, et nous en rapportons un certain nombre qui eurent lieu dans les premiers jours et même les premières heures suivant l'accouchement. C'est ainsi que le Dr Gow opéra une femme dès que la délivrance fut terminée, et malgré cette hâte, il obtint un résultat remarquable.

De ce qui précède, il semble bien qu'on ait attribué à tort à la période puerpérale, une influence néfaste sur les ovariotomies pratiquées à ce moment : une opération faite au début du post-partum en l'absence de toute complication, doit réussir.

Au contraire, le danger est grand si on a la main forcée et si l'on est obligé d'intervenir en présence d'accidents divers. On devra donc faire tout son possible pour empêcher l'apparition de ces accidents ; mieux que toute expectation une ovariotomie précoce, en débarrassant la femme de sa tumeur remplira ce but.

Ce principe étant admis, à quel moment doit-on faire

l'ovariotomie? Sur ce point, les interventionnistes ne sont pas tous d'accord. C'est ainsi que Haultain et Spencer proposent d'intervenir le jour même; Mc. Kerron avant 34 heures; Hohl demande que l'on fasse l'opération pendant la première semaine, tandis que Rubeska conseille d'attendre huit jours, pour être sûr qu'il n'y a pas d'infection utérine.

En réalité, il est difficile d'assigner une date précise à l'ovariotomie. Tout dépend de l'état de la malade. Dans certains cas exceptionnels, lorsque l'accouchement a été très long et très pénible, lorsque le kyste est trop volumineux et que son ablation peut amener des troubles de décompression brusque, on est obligé de reporter l'opération à une date plus éloignée. Il faudra également surseoir à l'intervention, chaque fois qu'une hémorragie très abondante a fortement anémié la malade, à condition toutefois que l'hémorragie ne soit pas due au kyste.

D'une façon générale, et ces quelques exceptions mises à part, il ne faut pas attendre trop longtemps pour pratiquer l'ovariotomie : on risque de voir apparaître des complications, et c'est justement ce que l'on tient à éviter.

D'autre part, une intervention effectuée, immédiatement après l'accouchement, ne nous paraît pas toujours avantageuse : à ce moment, on se trouve dans des conditions d'asepsie qui ne sont pas favorables à une opération importante.

On accordera donc à la femme quelque répit, pendant lequel elle pourra se reposer des fatigues de l'accou-

chement : puis on pratiquera l'intervention dans les premiers jours du post-partum.

En résumé, l'ovariotomie précoce est le traitement de choix des tumeurs ovariennes compliquant la période puerpérale, dans tous les cas, qu'il se soit produit des accidents ou non.

La formule de M. le Professeur Pinard : « Tout kyste de l'ovaire diagnostiqué, commande l'intervention » doit, d'après nous, devenir la règle pendant les suites de couches.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS CLINIQUES

Nous rapportons une série de dix observations pratiquées au début des suites de couches, les unes en l'absence de tout accident, les autres au milieu de complications diverses.

Toutes ont eu une terminaison heureuse, malgré la date encore rapprochée de l'accouchement.

Observation I.

(Dr Gow *in Mc. Kerron*, 1903).

Ovariotomie pratiquée le jour de l'accouchement.

M. H..., 34 ans, primipare, entre à l'hôpital « Queen Charlotte » le 13 Mars 1901. Le travail commence à 6 heures du soir. Présentation du sommet. Dilatation de cinq francs. Les membranes ne sont pas rompues.

Dans le cul-de-sac de Douglas, une tumeur kystique était

sentie, comprimée entre le sacrum et la tête qui ne pouvait faire aucun progrès.

Tumeur lisse, tendue et pédiculée.

Sous l'anesthésie, le Docteur Gow remonta la tumeur, rompit les membranes et compléta la délivrance avec le forceps. L'enfant en état de mort apparente fut vite ranimé.

Des préparatifs furent faits aussitôt pour l'ovariotomie, et sans aucun transport de la malade, l'abdomen fut ouvert.

La tumeur qui était de la dimension d'une grosse orange fut opérée ; cependant des adhérences péritonéales existaient, qui empêchèrent l'énucléation.

La malade eut une convalescence ininterrompue, la température atteignant seulement le 4e jour, 37°8 pour redescendre aussitôt après à la normale.

Observation II.

(Lawrence, *in Annales de Gynécologie*, 1893).

Ovariotomie le 3e jour des suites de couches.

Il s'agissait d'une femme ayant noté pendant sa grossesse qu'elle était beaucoup plus grosse que pendant les autres gestations, mais sauf une sensation de lourdeur et de pesanteur exagérée, pas de malaises spéciaux.

Pendant l'accouchement, rien de particulier; il avait marché comme les autres. Mais ensuite, elle avait été prise dès le 3e jour de douleurs abdominales aiguës, de fièvre vive : de plus, le ventre était très tendu. On supposa qu'il s'agissait de péritonite puerpérale, mais je diagnostiquai, un kyste de l'ovaire compliqué de torsion du pédicule et de péritonite récente.

Je fis la laparotomie et confirmai l'exactitude du diagnostic.

Ovariotomie. Suites opératoires heureuses. Guérison.

Observation III (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Cathala).

Volumineux kyste de l'ovaire, opéré le 4e jour des suites de couches.

La femme Van den A..., Ipare, âgée de 23 ans, entre à la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine, le 15 Décembre 1913, à 7 heures du soir. Elle est accouchée chez elle le matin même; elle est envoyée à la Maternité par la sage-femme qui l'a assistée, parce que son ventre est resté anormalement volumineux après l'accouchement.

L'accouchée n'a jamais eu de maladie grave. Réglée à 14 ans, la menstruation a toujours été régulière, non douloureuse, durant six jours. Elle a eu lieu pour la dernière fois, du 16 au 23 Mars 1913.

Les premiers mois de la gestation se passèrent sans incident, mais assez tôt, le ventre augmenta de volume. Le développement de l'abdomen devint particulièrement notable et d'une façon rapide au 5e mois. La malade éprouva des douleurs assez violentes des deux côtés de la poitrine, ce qui l'engagea à consulter. On pensa à une grossesse gemellaire probable avec hydramnios.

A partir du milieu du mois d'Août, c'est-à-dire au cinquième mois de la grossesse, l'accroissement du ventre devint plus lent et l'abdomen n'augmenta plus guère de volume. Les douleurs et la gêne thoracique persistèrent jusqu'au huitième mois, obligeant la femme à interrompre son travail.

Pendant toute la durée de la grossesse, l'état général s'est maintenu assez satisfaisant. Les forces n'ont pas diminué; la femme n'a jamais eu de toux; elle a eu parfois quelques vomissements après les repas pendant les derniers mois. Elle était généralement constipée et eut un moment du

dégout pour la viande et les graisses, mais après une période d'inappétence, elle a retrouvé son appétit dans les derniers temps de la grossesse. Toutefois, l'accouchée dit avoir notablement maigri depuis quelques mois.

L'accouchement s'effectua normalement et se termina par l'expulsion d'un enfant vivant du sexe masculin pesant 2.870 grammes. L'écoulement de liquide amniotique fut peu abondant. La délivrance fut normale.

A l'entrée dans le service, on constate que l'abdomen est très volumineux, surtout développé transversalement. La paroi abdominale est mince et tendue, l'ombilic est déplissé. Sous la peau se dessine un réseau veineux extrêmement développé, couvrant l'abdomen tout entier et la base du thorax, mais prédominant dans les régions abdominales et épigastriques et dans le flanc droit.

A la palpation, le ventre est uniformément tendu; on a une sensation de rénitence générale. Très facilement, on perçoit par la percussion la sensation du flot; le liquide ne semble pas cloisonné. On ne peut déterminer s'il existe une masse solide au milieu du liquide.

La percussion dénote une matité complète de presque tout le ventre, remontant sur la ligne médiane, jusqu'à trois travers de doigt de l'appendice xyphoïde et s'étendant dans les flancs. Seule la région épigastrique est sonore.

Au toucher, on trouve le col immédiatement en arrière de la vulve. L'utérus refoulé en bas comble l'excavation pelvienne; il ne peut pas être perçu par le palper abdominal.

La malade n'a pas de dyspnée.

L'auscultation des poumons ne révèle rien de particulier sauf une très légère diminution du murmure vésiculaire à la base des poumons. Les bruits du cœur sont normaux. Il n'y a pas de varices, ni d'œdème des membres inférieurs. La femme est constipée; elle n'a pas d'hémorrhoïdes. Les urines sont normales.

L'état général de l'accouchée est bon; sa température est

de 37°2; le pouls bat 80 pulsations à la minute. La femme est gardée en observation.

Le 18 Décembre, la paroi abdominale est un peu moins tendue et un peu plus dépressible. Cependant le ventre est uniformément mat dans toute son étendue; la zone sonore qui existait à la région épigastrique a disparu. M. Doléris qui examine la malade sent à la région hypogastrique une masse dure remontant jusqu'à l'ombilic. L'intervention est décidée pour le lendemain.

L'opération est pratiquée par M. Cathala le 19 Décembre, à 10 heures du matin. Après incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane, on constate la présence d'une tumeur volumineuse s'étendant jusque dans les flancs et se prolongeant en haut sous le diaphragme qu'elle refoule. Cette tumeur est lisse; elle n'adhère pas au péritoine pariétal, ni aux anses intestinales. La consistance paraît solide dans la partie inférieure, elle est très nettement fluctuante dans le reste de son étendue.

Après agrandissement de l'incision abdominale, on essaie de la sortir du ventre, mais l'extériorisation est impossible par suite de son volume; au cours des manœuvres, la paroi de la tumeur se rompt et du liquide s'écoule en abondance; on en recueille dix litres. Après l'évacuation du liquide, la tumeur constituée par un volumineux kyste de l'ovaire, cloisonné dans sa partie inférieure, est énucléée de l'abdomen; son pédicule est lié, puis sectionné. La masse formée par la partie non vidée du kyste pèse 2.660 grammes. La paroi abdominale est suturée. Pansement.

On fait une injection sous-cutanée de 800 centimètres cubes de sérum et des injections de 3 centimètres cubes d'huile camphrée toutes les trois heures.

Suites opératoires normales. La femme quitte la Maternité, le 10 Janvier 1914.

Observation IV (Résumée).

(Rapportée par Bott, *in The Lancet*, 1912).

Ovariotomie pratiquée le 6e jour après l'accouchement.

Malade âgée de 30 ans, admise le 2 Novembre 1911, au Westminster Hospital.

Elle devint enceinte fin Février 1911, et rien d'anormal ne fut à signaler jusqu'au mois d'Août. A ce moment, elle constata que son ventre était plus volumineux qu'à ses deux grossesses précédentes. Cet accroissement fut très rapide. Pendant les mois suivants, la malade se plaignit de douleurs dans le dos et l'abdomen et fut très gênée par l'énorme développement de son ventre.

Elle accoucha le 28 Octobre. La délivrance du placenta ne se fit qu'avec quelques difficultés. L'abdomen ayant à peine diminué, le médecin traitant fit appeler le Docteur Robinson en consultation. Un kyste de l'ovaire fut diagnostiqué et la femme fut transportée immédiatement à l'hôpital.

A l'admission, respiration très gênée par suite de congestion des deux poumons aux bases. Préparatifs pour une intervention immédiate, mais l'état de la femme étant trop grave, on se contenta de faire une ponction.

Le lendemain, l'état de la malade étant très amélioré, on fit l'anesthésie générale et on enleva la tumeur. C'était un kyste de l'ovaire droit, adhérant au diaphragme, à la paroi abdominale, au pelvis, et oblitérant ainsi la cavité abdominale.

Quelques jours après, œdème de la jambe gauche. Dix-huit jours après l'opération, un liquide séro-purulent se fit jour à l'extrémité inférieure de la plaie opératoire.

Puis la guérison se fit sans rechute.

Observation V (Résumée).

(Rapportée par Hohl, *Arch. f. Gynäk.* 1896).

Kyste de l'ovaire opéré le septième jour du post-partum.

C. B..., 30 ans, Ve pare, remarqua que son ventre était resté volumineux depuis son dernier accouchement survenu le 15 Janvier 1891. Dernières règles : Noël 1892.

Pendant la grossesse, la distension de l'abdomen devint telle que le médecin pensa à un hydramnios ou à une grossesse gémellaire. Des douleurs apparurent de telle sorte que la malade dut garder le lit.

Le travail débuta le 11 Juillet, la malade fut amenée à l'hôpital dans la nuit du 12 au 13. L'accouchement survint le 13 Juillet, à 1 h. 1/2 du matin, très facile.

L'enfant prématuré mourut le 21 Juillet.

L'examen pratiqué après l'accouchement montra dans la moitié droite du bassin, une grosse tumeur kystique.

Le post-partum se passa normalement jusqu'au 19 Juillet. A ce moment, on décida d'intervenir. L'ovariotomie fut pratiquée par le Docteur Kaltenbach.

Après ouverture de l'abdomen, la tumeur apparut; son pôle supérieur était adhérent à l'épiploon. Elle fut enlevée sans difficultés après qu'on l'eut ponctionnée. C'était une tumeur de l'ovaire gauche contenant 10 litres de liquide.

Les suites opératoires furent normales; la malade complètement guérie quitta l'hôpital le 6 Août.

Observation VI (Résumée).

(Observation publiée par Riddel, *in Lancet*, 1905).

Femme opérée le huitième jour des suites de couches.

Malade de 27 ans, enceinte de huit mois, qui présenta un jour deux grands accès convulsifs. Administration de

chloral par la voie rectale; les convulsions ne reparurent point.

Urines fortement albumineuses.

Le travail commença le matin suivant et continua lentement.

A l'examen, on découvrit une tumeur dans le côté gauche du bassin et un peu en avant de la tête du fœtus. Au début, il fut possible de remonter la tumeur, mais plus tard cela devint impossible.

Le Professeur Stephenson vit la malade dans la soirée : sous l'anesthésie, on put repousser l'obstacle et l'accouchement par forceps fut aisé.

L'albuminurie diminua, mais il y eut une légère élévation de température pendant un jour ou deux.

Le cinquième jour après sa délivrance, la femme fut amenée au « Royal Infirmery » et le huitième jour, elle fut opérée d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche.

L'albumine persista pendant peu de temps et la convalescence ne fut jamais troublée par aucun accident.

Observation VII.

(M. Cathala, *in Semaine Gynécologique*, Juillet 1913.)

Kyste de l'ovaire méconnu. — Pédicule tordu le huitième jour. — Opération.

La femme F., Amélie, primipare, âgée de 29 ans, entre à la maternité de l'Hôpital Saint-Antoine, le 21 Mars 1913, à 10 heures du soir.

Antécédents. Grossesse. — Elle ne présente aucun antécédent pathologique important. Réglée à 14 ans et demi, elle a eu ses règles pour la dernière fois du 15 au 18 Juillet 1912.

La grossesse n'a rien présenté de particulier; la femme bien portante n'a pas cru devoir consulter un médecin.

Accouchement. — Les premières douleurs apparaissent vers 1 heure du soir, le 21 Mars. La sage-femme de garde, au moment de l'entrée de la parturiente dans le service, constate une présentation du sommet en O. I. G. A. La tête fœtale est engagée dans l'excavation. Le col est dilaté comme cinq francs. Les bruits du cœur sont bons. Les urines contiennent des traces d'albumine.

Pendant toute la nuit, le travail est régulier mais lent. Le 22 Mars, à 7 heures et demie du matin, la dilatation est complète, la femme fait des efforts d'expulsion mais la tête ne progresse guère. Les bruits du cœur se ralentissent et deviennent sourds. L'interne fait à 9 heures une application de forceps sur la tête située en position occipito-pubienne, au détroit inférieur et extrait une fille vivante du poids de 2870 grammes.

La délivrance naturelle s'effectue vingt minutes après l'extraction de l'enfant. Le placenta est complet ainsi que les membranes.

Suites de couches. — Les suites de couches sont normales et apyrétiques jusqu'au 28 Mars, jour où il y eut un peu d'élévation de température, qui s'éleva le soir à 37°8 (pouls : 88), pour revenir à la normale le lendemain matin 37° et 80.

Le 29 à 4 heures du soir, la malade qui était dans une chambre à quatre lits, peu surveillée, se lève en l'absence de l'infirmière. En mettant le pied à terre, elle ressent subitement une vive douleur dans le ventre et a une syncope. On la recouche aussitôt. Elle a quelques nausées, mais pas de vomissements. La température prise peu après est de 38°6; le pouls bat 140 pulsations par minute.

J'examine la femme le 31, à 9 heures et demie du matin. Je la trouve dans un état général mauvais : les traits sont tirés, les yeux excavés, le teint pâle, la respiration fréquente; le pouls est petit à 100; la température est de 37°2.

L'abdomen globuleux a repris à peu près le volume qu'il avait avant l'accouchement. La paroi abdominale est dure,

tendue et gêne la palpation profonde. Le palper est d'ailleurs douloureux et la femme résiste à l'examen. Il semble cependant qu'il y ait une masse assez volumineuse, de forme arrondie, occupant l'hypogastre et le côté droit du ventre.

A la percussion, il y a de la matité dans cette région. La matité remonte sur la ligne médiane jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic. Au-dessus, il y a du météorisme ; l'épigastre et le flanc gauche sont sonores.

Au toucher, l'utérus gros est situé bas dans l'excavation ; il est comme étalé et refoulé par une pression exercée au-dessus de lui. Le col est gros et entr'ouvert. La femme perd un peu de sang.

En présence de ces symptômes et de leur apparition subite, je diagnostique un kyste de l'ovaire à pédicule tordu et je décide d'intervenir immédiatement.

Opération. — A 10 heures du matin, chloroforme, incision abdominale médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule en abondance un liquide séro-sanguinolent. Le péritoine est très vascularisé.

Par l'incision, on aperçoit un volumineux kyste de l'ovaire dont la paroi est tendue et violacée. En insinuant des compresses entre le kyste et les lèvres de la plaie abdominale, l'aide appuie un peu sur la tumeur et sous cette faible pression, la paroi kystique se déchire. Il s'écoule du sang mêlé à un liquide jaunâtre et visqueux.

Avec une pince à kyste, j'essaie de saisir la paroi de la tumeur, mais la paroi très amincie et friable se déchire. J'agrandis alors l'incision abdominale à la partie supérieure et j'extériorise la tumeur en totalité.

Il s'agit d'un gros kyste de l'ovaire droit avec hémorragie intra-kystique. Le pédicule est tordu deux fois sur lui-même de droite à gauche.

Le pédicule est saisi avec une pince clamp, puis sectionné et lié par une double ligature au catgut n° 2.

La paroi abdominale est fermée par un surjet profond

péritonéal et par une série de points séparés au crin de Florence, pour les muscles et la peau. Un drain est placé à la partie inférieure de la plaie.

Le poids du kyste et de son contenu est de 4.620 grammes.

Suites opératoires. — Après l'opération, on fait une injection sous-cutanée de 400 grammes de sérum artificiel. Dans l'après-midi, on injecte de nouveau 400 grammes de sérum et on fait 3 piqûres d'huile camphrée. Le soir, la température est de 37°9, le Pouls à 120.

Le 1er Avril : pansement, on retire par aspiration une petite quantité de sérosité sanguignolente. Matin T. : 38°. P. : 120. Le soir T. : 38°4. P. : 120. 300 centimètres cubes de sérum.

Le 2 Avril, pansement. Matin T. : 37°4. P. : 116. Le soir T. : 37°8. P. 110.

Le 3 Avril, le drain est retiré. Matin 36°9; P. : 108. Soir T. : 37°4; P. : 104.

Les jours suivants, la température ne dépasse pas 37° et le pouls redescend progressivement à la normale.

Les fils sont enlevés le 10 Avril.

Observation VIII (Résumée).

(Henricius; *Annales de Gynécologie*, 1897).

Ovariotomie pratiquée le 11e jour des suites de couches.

A... L..., 26 ans. Primipare. Admise à la Maternité le 4 Novembre 1895. Dernières règles, Février 1895.

Bien portante pendant la grossesse; pas d'albumine.

Accouchement le 4 Novembre, à 14 heures du soir.

Garçon vivant pesant 3.400 grammes.

Le 7, utérus douloureux. Compresses chaudes. Soir, T. : 38°1.

Le 8, la température est de 38°3 le matin : 39° le soir. Glace sur l'abdomen. Opium. L'utérus, douloureux, à la pression, remonte à deux travers de doigt au-dessus de

l'ombilic. On fait une irrigation intra-utérine avec une solution phéniquée à 2 p. 100.

Les 9, 10, 11, 12, 13, 14, la température se maintient.

Le 15 Novembre, la température le matin est de 39°4 à travers la paroi abdominale on sent une résistance dure, remontant jusqu'aux côtes. Une ponction avec la seringue de Pravaz, ramène du pus.

La tumeur est indépendante de l'utérus.

Le 15, à 11 heures du matin, laparotomie. On trouve un kyste de l'ovaire gauche, adhérent et ayant suppuré pendant la puerpéralité.

Après l'opération, la température retombe à la normale.

L'état de la malade devient satisfaisant. Elle sort guérie le 8 Décembre.

Observation IX

(Rapportée par Bondy dans le *Zentralblatt f. Gynakologie*, 1912).

Ovariotomie quatorze jours après l'accouchement.

Femme, IIe pare, chez laquelle un kyste dermoïde empêchait l'entrée de la tête du fœtus dans le bassin. Après avoir débarrassé la tumeur de son contenu par une ponction, il fut possible de la refouler au-dessus du détroit supérieur; accouchement spontané.

Après des suites de couches apyrétiques, la tumeur fut enlevée par laparotomie, le quatorzième jour des suites de couches.

Aucune réaction après l'intervention.

Observation X (Résumée).

(M. le Professeur Oui; *Echo médical du Nord*, 1911).

Mme T..., 28 ans; IIIe pare. Bonne santé habituelle. Réglée depuis l'âge de 12 ans.

Dernières règles : 19-23 Septembre 1910. Cette femme qui avait déjà avant la grossesse actuelle un ventre volumineux, s'est inquiétée du volume considérable qu'il avait pris au cours de cette 3e grossesse.

Le diagnostic s'impose : kyste de l'ovaire droit coïncidant avec une grossesse de 7 mois - 7 mois et demi.

Elle revient à la Clinique le 12 Juin 1911. On constate alors que l'abdomen est très volumineux. Un sillon vertical à gauche de la ligne médiane, divise cet abdomen en deux parties : à droite et en avant, on délimite une tumeur volumineuse qui déborde la ligne médiane à gauche ; mate à la percussion, cette tumeur donne la sensation de flot au palper; à gauche : l'utérus.

Pas de signes de compression.

Le 1er Juillet, début du travail, à 1 heure du matin; à 2 h. 50, expulsion d'une fille pesant 3.380 grammes. Délivrance par extraction simple, 35 minutes après.

La tumeur kystique redevenue médiane, remonte à 42 centimètres.

Le 15 Juillet, laparotomie. Ponction et extraction du kyste; pédicule large et charnu.

La ponction du kyste avait donné issue à plus de sept litres de liquide.

Suites opératoires normales : la température totale n'a jamais dépassé 37°5, sauf le troisième soir où elle s'est élevée à 38°2.

L'opérée quitta le service le 30 Juillet parfaitement guérie.

CONCLUSIONS

I. — Chez les femmes atteintes de kyste de l'ovaire des complications du côté du kyste s'observent pendant les suites de couches, dans une proportion de 37,5 p. 100 suivant les statistiques les plus favorables.

II. — L'ovariotomie est le traitement des accidents compliquant le post-partum.

III. — Pratiquée lorsque des complications se sont produites, l'ovariotomie est d'un pronostic grave : la terminaison fatale s'observe dans 17,5 p. 100 des cas.

IV. — Par contre, les opérations effectuées au cours du post-partum lorsque le kyste n'a donné lieu à aucun accident ne sont suivies de mort que dans la proportion beaucoup plus faible de 3 p. 100.

V. — Le succès de nombreuses ovariotomies effectuées très peu de temps après l'accouchement montre que la période puerpérale n'est pas une contre-indication à l'intervention.

VI. — Il conviendra donc de faire disparaître la cause de toutes les complications en débarrassant la malade de sa tumeur ovarienne, le plus tôt possible, dans les premiers jours des suites de couches.

Vu : le Président,
M. COUVELAIRE

Vu : le Doyen
H. ROGER.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
Pour le Vice-Recteur,
l'Inspecteur de l'Académie,
L. CROUZET.

BIBLIOGRAPHIE

Azaïs. — Des tumeurs liquides de l'ovaire pendant la puerpéralité (Complications et traitement). *Thèse* Toulouse, 1904. N° 577.

Bondy. — *Zentralblatt. f. Gynäkologie*, 1912, p. 1344.

Bonte. — Enorme kyste de l'ovaire et grossesse; ovariotomie après l'accouchement; guérison. *J. des Sociétés médicales de Lille*, 1899.

Bossard. — *Contribution à l'étude des kystes de l'ovaire pendant la grossesse. De l'ovariotomie comme traitement de choix.*

Bott. — Pregnancy and an ovarian cyst containing 32 pintes of fluid. *The Lancet*, 1912. II. p. 84.

Bouilly. — La suppuration des kystes de l'ovaire. *La Gynécologie*, 1896. p. 193.

Bovis (R. de). — Gangrène de kyste ovarien par suite, de torsion du pédicule. *Semaine médicale*, 1912.

Brindeau. — Kystes de l'ovaire et grossesse. *Journal des Praticiens*, 1911. N° 26.

Cathala. — Kyste de l'ovaire à pédicule tordu pendant les suites de couches. *Semaine Gynécol.*, 1913. N° 30.

Cocard. — Le traitement des kystes pendant la grossesse et les suites de couches. *Thèse* Paris, 1895-1896. N° 210.

Condamin. — Kyste de l'ovaire et grossesse. Quand faut-il intervenir? *Lyon Médical*, 1894. LXXV. p. 111.

— Kyste de l'ovaire et grossesse. Adhérences au foie

ayant amené après l'accouchement des accidents simulant la torsion du pédicule. *Lyon Médical*, 1902. N° 26.

Couvelaire. — Ablation par voie abdominale des tumeurs ovariennes pelviennes, à la fin de la grossesse et pendant le travail sans section césarienne préalable. *Bull. de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, Paris 1912, I. p. 23.

Henricius. — De l'infection des kystes de l'ovaire. *Annales de Gynécologie*, Avril 1897, p. 257.

Hohl. — Zur Behandlung von Ovarialtumoren in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. *Arch. f. Gynäkologie*. 1896. LII. p. 410.

Hurel. — Kystes de l'ovaire et grossesse. Quand et comment faut-il intervenir? *Thèse* Lyon, 1899. N° 12.

Kynoch. — Three cases of post-partum ovariotomy. *Journal of obst. and. gynecol. of the British Empire*, 1906 p. 270.

Lawrence. — Ovariotomies post-partum. *Annales de Gynécologie*, 1893. XL, p. 321.

Martin. — Kyste de l'ovaire et suites de couches. *Revue Médicale de Normandie*, 1907, p. 237-240.

Mc Kerron. — *Pregnancy, labour and child bed with ovarian tumour*. London, 1903.

Mond. — Schwangerschaft mit ovarial tumor. *Münchener. Med. Wochenschrift*, p. 1230.

Mériel. — Le moment opportun de l'ovariotomie dans la torsion pédiculaire des kystes ovariques pendant les suites de couches. *Bull. Soc. d'obst., Paris... Toulouse*, 1912, p. 294.

Orbaut. — L'influence des tumeurs des ovaires sur la grossesse, le travail et la période puerpérale et le traitement. *Annales de Gynécologie*, 1899, N° 52, p. 439.

Oui. — Grossesses compliquées l'une de kyste du parovaire, l'autre de kyste de l'ovaire. *Echo médical du Nord*, 1911, N° 42.

Pinard. — *Bulletin Ac. de Médecine*, 1894, p. 147.

Potherat. — Kyste de l'ovaire et grossesse. *France médicale*, 1892, p. 198.

Pozzi. — *Traité de Gynécologie clinique et opératoire*, p. 1036.

Puech et Vanverts. — Tumeurs de l'ovaire et grossesse. *Congrès national de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*. Lille 1913, p. 3-179.

Rémy. — De la grossesse compliquée de kyste ovarique. *Thèse d'agrégation*, 1886, Paris.

Riddel. — 10 abdominal sections for anormal pregnancies and obstructed labour. *The Lancet*, 1905, I, p. 1184.

Rudaux. — Conduite à tenir en présence d'un kyste de l'ovaire compliquant une grossesse. *La Clinique* 1909, IV, p. 248.

Spencer (H.-R.). — Large ovarian tumour ruptured at the third day after labour. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1901, p. 224.

Tarnier et Budin. — *Traité de l'Art des accouchements*, III, p. 466.

Teissier. — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule. des tumeurs kystiques des annexes pendant la puerpéralité. *Thèse de Paris*, 1901, N° 389.

Treub et Brindeau. — In Bar, Brindeau et Chambrelent *La pratique de l'Art des accouchements*.

Coulommiers. — Imp. Dessaint et Cie.